

スーパー救急病棟

澤 温

はじめに

スーパー救急病棟に限らず、精神科の入院病棟ではアメニティとプライバシーとセキュリティのバランスを求められる²⁾。昨今は患者人権の立場から前二者が強く求められるが、リスク管理や訴訟対策として最後のセキュリティが求められている。

ここでは、精神科救急入院料病棟、通称スーパー救急病棟がこの三者のバランスの点でどうか、治療効果がどうかであるかについて述べる。

1. 精神科救急入院料病棟の施設基準

2008年の基準は次のようになっている。

1. 疾患として算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。

- ①症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く）
- ②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、振戦せん妄などの離脱症状など中毒性精神病の状態にあるものに限り、単なる依存症及び酩酊状態を除く）
- ③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

- ④気分（感情）障害
- ⑤神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る）
- ⑥成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る）
- ⑦知的障害（精神疾患を有する状態に限る）

2. 入院患者と入院期間について

- ①期間として措置入院患者、医療観察法鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上（救急入院料1）（4割以上（救急入院料2））が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。それ以外の患者及び3月を過ぎた患者は精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する
- ②当該入院料を算定している病棟の1月間の患者延べ日数のうち、4割以上が新規延べ入院日数である

3. スタッフ数

- ①医療法施行規則に定める医師の員数、看護師及び准看護師の員数が配置されていること
- ②当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること
- ③当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が5名以上配置されていること

- ④当該病棟において、1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟における夜勤を行う看護師は常時2名以上配置されていること
- ⑤当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること

4. 体制として

- ①精神科救急システム整備事業において基幹的な役割を果たしていること
- ②常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く）件数が年間200件以上、又は都道府県（政令市の区域を含む）あるいは1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合はその圏域における人口万対2.5件以上であること
- ③都道府県（政令市の区域を含む）あるいは1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合はその圏域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること

5. 施設構造として

- ①病床数は1看護単位当たり60床以下であること
- ②病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上占めていること
- ③必要な検査及びCT撮影（他の医療機関との連携も可）が必要に応じ速やかに実施できる体制にあること

Ⅱ. スーパー救急病棟の基準と医療の質

スーパー救急病棟は2002年に制定され、2008年に改定された。基準は1.疾患、2.入院患者と入院期間について、3.スタッフ数、4.体制、5.

施設構造に分けられる。認可取得で困難なのは2, 3, 4で5の施設構造は上記のように基準が簡単あるいは貧弱と言える。

もともと医療にはハードウェアとソフトウェアとヒューマンウェアとそれらの適切な運用が必要で、どれもが補い合っている。人員配置が高ければ隔離や拘束も減らせるし、構造的な工夫より患者にとっては優しい医療と言える。それが人的に貧弱であると（診療報酬上は最低基準を言っているのであって基準以上を否定しないし、基準以上が望ましいと言われても経営的には最低基準を守るのが精一杯である）施設構造で補わざるを得ないのが現状である。以前アメリカ精神医学会の重鎮が見学に来られたが、拘束されている患者をみて、看護師はなぜずっと横についていないのかと言われたことから、日本の貧弱な人員配置が貧弱な考え方を育てていることがわかる。

Ⅲ. 救急病棟の施設構造

検査設備について基準では記載されている。精神障害者の身体合併症の問題だけでなく、身体疾患がさまざまな急性期精神症状をきたすのできわめて重要で、システムを組めば、検査技師が夜間など常駐しなくても検査をできるようにすることはできる。このように精神科救急では正確かつ迅速な診断と治療は欠かせないが、本稿で求められているのは環境と構造であるのでその点だけを見ると、基準にあるのは60床以下、隔離室を含めて半数以上が個室としか書かれていない。

60床が適切かどうかは、その病院に毎日どのくらいの人数の患者が入院してくるにかかっている。平均在院日数＝その病院のうち出入りのある病床数／1日に入院してくる患者数、という方程式から算出される。これは経営にかかわることで医療の質には関係ない。むしろ3カ月を平均在院日数にして計画するのは間違いで、スーパー救急病棟の平均在院期間は30～45日と考えるのがいい^{1,3,4)}。夜勤看護師は2名以上とあるが、個室が多いこと、急性期の患者が多いことから考える

と、60床で2名では足りず3名置くところも多いが、2人で月8回、3人で月9回とする夜勤回数を考えて、あまり少ない病床では夜勤が組めないという実際的な問題が発生する。

個室は、患者の精神症状が不安定で、他の患者の何気ない言葉、行動でも過剰に反応するという点を考えると、確かに必要で、隔離室、個室の比率を半数以上でもどれだけそろえるかは、敷地面積、整備にかかる費用、そしてどの程度の人数および症状の患者が入ってくるか、どの程度の期間で静穏化させる技術があるかによって決まる。

Ⅳ. 基準以外で考える施設構造

基準以外で施設構造を考えると、本稿の「スーパー救急の環境と構造で変わる支援と治療」ということから外れるが、救急医療を適切に行うための環境と構造という点で考えると重要である。

アメニティとプライバシーとセキュリティのバランスが精神科病棟では大切だと最初に述べたが、スーパー救急では特に大切である。アメニティとプライバシーを向上させるとセキュリティが甘くなるので問題である。

隔離については隔離室の構造は大切で、以前に筆者は「病状対応型フレキシブル個室」（現在は商品化されてエラストピアとして販売されている）を考案したが、必要最低限の行動制限を考えた治療するには相応しいと思っている。よく使われている観察廊下とそれに向かった鉄格子のあるモデルは、1962年に厚生労働省への質問に答えて認められたものであるが、これは即刻止めるべきである。セキュリティおよび観察者の効率的にはよくても、これほど患者の尊厳を傷つける構造はないからである。

精神科病院施設全体について、以前から筆者は、①アメニティ、プライバシー、セキュリティのバランスのほか、②尊厳を大切に自尊心を傷つけない、③いかにも精神科病院だという第一印象を持たせない（違和感がないこと）、④来たくないところだが、次回も万が一悪くなったら来よう

と思わせる、さらに皮肉な言い方だが、⑤いつまでもいたいと思わせない構造が求められていると考えている。②は前述の隔離室が代表だが、その他でもセキュリティと精神症状への対応として、トイレのドアの下が開いていたり、病室の各ベッドが廊下から見えるなどもそうであろう。③は④に通じるが、ナースステーションから患者との接触が昔の銀行のように小窓を通じてしか話せないような構造もこれにあたる。⑤は最近の精神科病院の建て替えをみると②は十分に満たしているだろうが、帰る家よりも快適であると退院を拒むようになったりするという意味である。

セキュリティのために音声モニター、テレビモニターがあるが、筆者はテレビモニターは患者の部屋においては使用すべきでないという考え方である。ただでさえ「見られている」という考えがある患者が多いからである。音声モニターは使っているが、これも音声を拾うだけの一方方向性でなく双方向性でなければ安心を与えない。

施設構造ではないが、個人情報やプライバシーの観点から、最近は室名札に患者名を書かないことも多いが、薬の誤与薬を避けるなど安全確保のためには悩むところである。

さいごに

基準にある施設構造の内容は貧弱で、それ以上の基準がないと「スーパー救急の環境と構造で変わる支援と治療」と言えない。ただし、筆者の考案したエラストピアも安全と言われるマグネット式拘束ベルトも音声モニターも、それを適切に運用するスタッフ、適切なマニュアル化を含めたたゆまない努力がなければ、レベルの高い救急医療にはならない。

それは、施設基準より質を確保した人的基準のほうがはるかに精神医療の質は上がるのであって、例を挙げれば筆者の考案したエラストピアは人的基準の低い東洋ではほめられるが、人的基準の高い欧米諸国の人からはあまり高く評価されないことからわかる。

文 献

- 1) 平田豊明 (分担研究者): 精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究 (第3報), 平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」, 2009.
 - 2) 澤温: これからの精神科病院. 日精協誌, 20 (2); 61-65, 2001.
 - 3) 澤温: わが国の精神科医療におけるスーパー救急の意義. 臨床精神薬理, 9; 1299-1307, 2006.
 - 4) 澤温: 大阪市の精神科救急を含めた地域医療: 小規模精神科救急病院から見たもの. 日本病院・地域精神医学 (印刷中)
-